

Allegato A

I sottoscritti.....genitori di
nato a il residente a in via
.....n.frequentante la classe della
Scuola.....sita a

Vian.essendo il minore affetto da
..... e constatata l'assoluta necessità, con la presente

chiedono che

nel caso in cui si presentasse l'urgenza/emergenza sanitaria relativa alla patologia, venga somministrato il
farmaco salvavita.....

***I sottoscritti autorizzano il personale della scuola , ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla
eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 118.***

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a
rilevare lo stato di salute delle persone).

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante la terapia farmacologica necessaria.

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

Numeri di telefono utili:

Genitoricell/abitazione.....

Pediatra di libera scelta/medico curantecell/studio.....

e-mil.....

Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare il nome dello specialista e la struttura di
riferimento.....tel.....

Luogo e data _____

Firma dei genitori

padre _____ *madre* _____ *tutore* _____